

4. Posiadane orzeczenie (właściwe zaznaczyć) *

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

5. Rodzaj niepełnosprawności (dysfunkcja)

6. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (właściwe zaznaczyć i uzupełnić) * :

- a) Opis budynku: dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na (proszę podać kondygnację).
- b) Opis mieszkania/domu: pokoje(podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z WC, bez WC.
- c) Łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę.
- d) W mieszkaniu/ w domu jest : instalacja wody zimnej, instalacja wody ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz.
- e) Inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....
- f) Jestem: właścicielem nieruchomości, użytkownikiem wieczystym nieruchomości, posiadam zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje na realizację planowanych przedsięwzięć w ramach likwidacji barier architektonicznych

7. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł (zgodnie z przypisem nr1)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

*właściwe zaznaczyć

14. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie PFRON				TAK / NIE**
Nr zawartej umowy	Kwota	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona		

15. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (do 95% kosztów przedsięwzięcia zawartych w pkt. 7, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

.....

16. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu

Przez.....

Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....

nr domu..... nr lokalu..... Nr kodu poczta

Nr telefonu kontaktowego

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* dla

(postanowieniem Sądu z dniasygn. akt**...../ na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza**.....

z dn. repet. nr

** niewłaściwe skreślić

17. Oświadczenia:

- ✓ Zobowiązuję się do zapłaty z własnych środków co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł,
- ✓ Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
- ✓ Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.) oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

- ✓ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich niezwłocznie od zaistniałej zmiany,
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
(podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

*właściwe zaznaczyć

** niewłaściwe skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, w art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.) , a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
2. Kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację dotyczącą trudności w poruszaniu (jeżeli ww. informacja nie jest zawarta w orzeczeniu) - druk w załączeniu,
4. Kserokopię dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np.: akt notarialny, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej itp.,
5. Pisemną zgodę właściciela/właścicieli budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi),
6. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego),
7. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
8. Informację o innych źródłach finansowania zadania (w przypadku istnienia takich źródeł),
9. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego (jeżeli wnioskodawca takiego ustanowi),
10. Inną dokumentację mającą wpływ na wniosek i świadczącą na korzyść wnioskodawcy.

Po pozytywnym zaopiniowaniu wniosku wnioskodawca zostanie poproszony o :

1. Kosztorys i szkic (rysunek).
2. Kserokopię zgłoszenia planowanych przedsięwzięć w Wydziale Architektoniczno - Budowlanym Starostwa Powiatowego w Strzelcach Op. lub w przypadku wystąpienia takiej konieczności kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie pozwolenia na budowę (w uzasadnionych przypadkach).

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu zostały określone w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem – dochód to: po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, min. przychody podlegające opodatkowaniu (...), pomniejszone koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia 20..... r.
(miejsowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że osoba:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

.....

osoba niepełnosprawna ma problemy w poruszaniu się*:

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- osoba poruszająca się za pomocą kul lub kuli
- osoba poruszająca się za pomocą balkoniku
- osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje)

.....
.....

- choroba neurologiczna
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne występujące dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):

.....
.....
.....

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż:

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych	
TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich, mający siedzibę w Strzelcach Opolskich 47-100 przy ul. Chrobrego 5
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres email sekretariat@pcpr.strzelceop.pl , za pośrednictwem ePUAP, pisemnie na adres siedziby administratora lub osobiście w siedzibie administratora.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Został wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym może się Pani / Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem, poprzez danych email iod@powiatstrzelecki.pl lub tel. 77 440 17 82.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA	Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu: -ubieganie się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, -realizacji projektów finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego -realizacji zadań wspierających rodziny i system pieczy zastępczej, -realizacji umów z kontrahentami oraz współpracującymi instytucjami, -prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych -archiwizacja posiadanych dokumentów i danych, -oraz prowadzenie spraw z zakresu zadań i obowiązków dotyczących PCPR w Strzelcach Opolskich niewymienionych wyżej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e, b, art.9.ust. 2 pkt g RODO(dane szczególnych kategorii np. zdrowia)oraz art.10 RODO (dane dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych).
ODBIORCY DANYCH	Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja , Urząd Gminy,) a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach.
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Pani / Pana dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych. Natomiast zbiory tworzone doraźnie usuwane są bezpośrednio po osiągnięciu celu przetwarzania.
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	Przysługuje Pani / Panu prawo: - dostępu do Pani/Pana danych oraz uzyskania ich kopii, - sprostowania (jeżeli są nieprawidłowe), - sprzeciwu ich przetwarzania oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (tylko w ściśle określonych przypadkach).
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO	Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 531 03 00
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, jest także warunkiem realizacji zadań i niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach O